DISSERTATION

N° 169.

SUR

LA PÉRICARDITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 août 1830, pour obtenir le grade de docteur en médecine;

PAR PIERRE-MAURICE VILLENEUVE, de Sombrun,

Département des Hautes-Pyrénées;

Qui benè judicat, benè curat : integritas judicii fons et caput est benè medendi.

BAGLIVI, *Opera omnia.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Président*. / FOUQUIER, *Suppléant*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS, *Examinateur*. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois, *Examinateur*.
Bérard.	Gerdy, *Examinateur*.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant*.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cotterreau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE LA MEILLEURE DES MÈRES.

Regrets éternels !

A MON PÈRE.

Hommage de reconnaissance et d'amour filial.

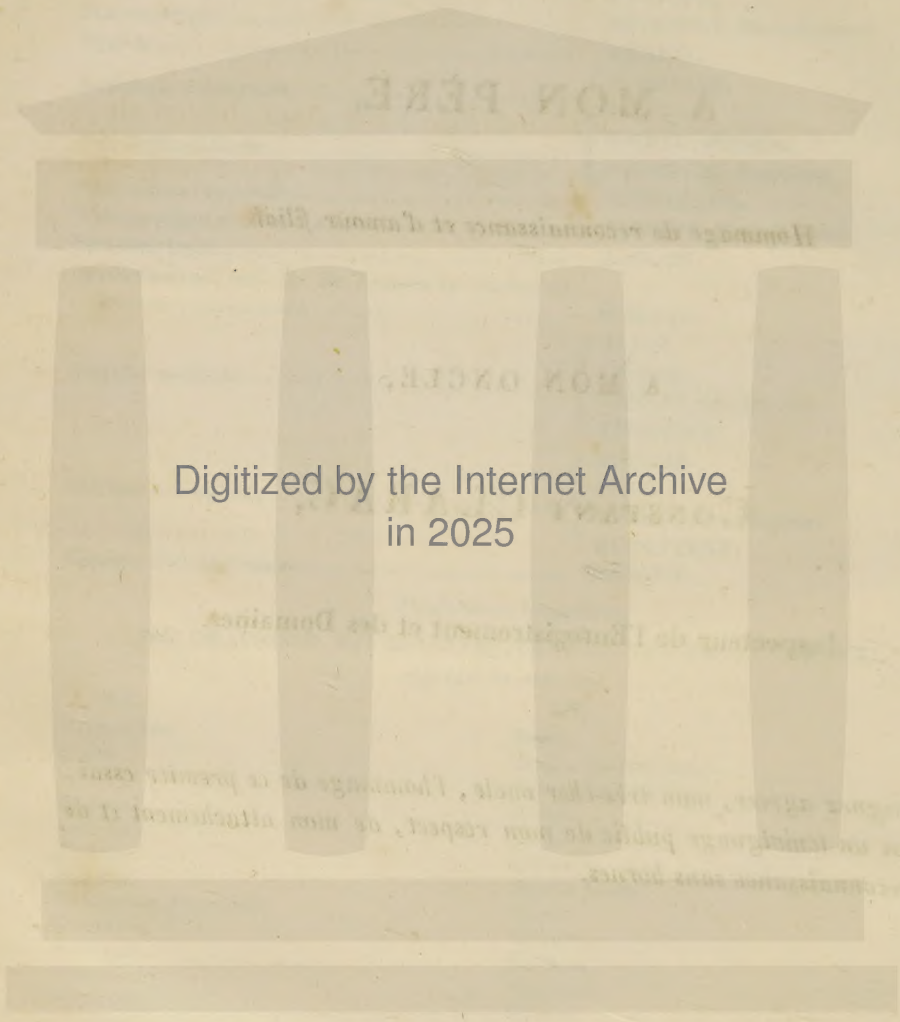
A MON ONCLE,

CONSTANT CLARAC,

Inspecteur de l'Enregistrement et des Domaines.

Daignez agréer, mon très-cher oncle, l'hommage de ce premier essai, comme un témoignage public de mon respect, de mon attachement et de ma reconnaissance sans bornes.

P.-M. VILLENEUVE.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0006unse_w2b7

AVANT-PROPOS.

En choisissant la péricardite pour sujet de ma dissertation inaugurale, j'ai eu deux choses en vue : la première, de m'éclairer sur une maladie dont l'histoire offre encore beaucoup d'obscurité; la seconde, de faire ressortir toute la clarté qu'on a pu y répandre dans ces derniers temps. Le petit nombre de fois qu'elle s'est offerte à mon observation pendant le cours de mes études, m'a permis d'ailleurs de considérer les principaux traits qui la caractérisent. Heureux si mon faible travail et l'intention qui m'a porté à l'entreprendre reçoivent quelque témoignage d'approbation de la part des dignes professeurs chargés de l'examiner!

DISSERTATION

SUR

LA PÉRICARDITE.

La péricardite, *pericarditis*, est l'inflammation de la membrane séreuse qui s'étend sur la lame fibreuse du péricarde, et se réfléchit ensuite sur le cœur et le commencement des gros vaisseaux. Cette phlegmasie se montre moins fréquemment que celle des plèvres et des poumons. Les observations faites par M. le professeur *Chomel*, à l'hôpital de la Charité, prouvent qu'elle est loin d'être aussi rare qu'on se l'était imaginé ; sur trois cents trois sujets dont l'autopsie cadavérique fut faite avec le plus grand soin, ce praticien, dont je m'honore d'avoir été le disciple, en trouva seize chez lesquels il existait des traces non équivoques d'une péricardite ancienne ou récente; c'est-à-dire que la vingt-quatrième partie avait été frappée de cette inflammation. M. *Louis* assure aujourd'hui qu'elle existe dans une plus grande proportion : telle était aussi l'opinion de *Sénac* et de plusieurs auteurs contemporains, comme on le voit dans son admirable Traité des maladies du cœur et de son enveloppe. Pourrait-on d'ailleurs en douter, lorsqu'on réfléchit sur les nombreux vaisseaux qui se répandent sur le péricarde, sur la force avec laquelle le sang est poussé dans ses artères, sur les mouvemens continuels dont il est agité? Rare-

ment simple, cette phlegmasie est plus souvent compliquée d'inflammation, soit des plèvres, soit des poumons, etc.; cependant les faits recueillis dans ces derniers temps par M. *Louis* tendent à faire croire qu'elle existe assez souvent sans complication. La péricardite, comme toutes les inflammations, se présente sous forme aiguë et chronique. On lit dans les auteurs que *Trécourt*, médecin de l'hôpital militaire de Rocroy, en observa une épidémie au commencement de l'année 1748; elle dura, disent-ils, deux mois et demi, et enleva un assez grand nombre de militaires : les nécropsies montrèrent dans tous une inflammation de la capsule du cœur, caractérisée par la rougeur, par des épanchemens séro-albumineux, séro-purulens et par des adhérences.

Causes de la péricardite.

La péricardite ne paraît pas reconnaître d'autres causes productrices que celles qui donnent naissance à l'inflammation des membranes analogues au péricarde; ainsi on peut compter parmi les prédisposantes, le tempérament sanguin, un état pléthorique, un système musculaire très-développé ou du moins très-actif, l'âge, le sexe, les affections organiques du cœur. Qui ne sait que le plus grand de nos orateurs, Mirabeau, qui avait une constitution athlétique, succomba à une péricardite compliquée de pleurésie, etc. On voit en outre, par les observations de *Morgagni*, *Corvisart*, *Laennec*, de MM. *Andral*, *Louis* et *Bouillaud*, que les hommes y sont dix fois plus sujets que les femmes, que les jeunes gens et les vieillards en sont plus souvent atteints que les adultes et les enfans : les faits de péricardite chez ces derniers sont les plus rares. *Laennec* et M. *Louis* en ont publié deux cas. M. *Guersent*, dans ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfans, rapporte ne l'avoir jamais observée à cet âge. Les causes qui déterminent l'inflammation du péricarde sont : les violences extérieures, telles que les plaies du péricarde; les coups et les chutes sur la région précordiale, une forte pression exercée sur le thorax, les vives secousses imprimées au tronc, les efforts pour soulever,

porter ou retenir un poids considérable ; les courses rapides, les exercices violens de gymnastique ; la suspension et les efforts de respiration dans le jeu des instrumens à vent ; l'impression subite d'un froid marqué, le corps étant échauffé ou couvert de sueur ; l'ingestion d'une boisson froide dans les mêmes circonstances ; le rhumatisme aigu articulaire, et en général toutes les affections goutteuses et rhumatismales ; la délitescence des phlegmasies de la peau, principalement de la rougeole, de la scarlatine et de la variole. On a dit encore les alimens trop échauffans, les épices, les liqueurs spiritueuses ; la suppression d'une hémorrhagie, l'inflammation d'organes voisins ; les émotions de l'âme, le chagrin, les anxiétés que donnent l'espoir du gain, la crainte de perdre, les tourmens d'une ambition toujours incomplètement satisfaite ou déçue, la terreur ; enfin l'amour profond contrarié et l'abus des plaisirs vénériens. Mais les mieux constatées sont : les plaies du péricarde, les violences sur la région du cœur, les marches forcées, les courses, le rhumatisme aigu articulaire métastatique, la goutte même et la délitescence des inflammations aiguës de l'organe cutané.

Symptômes de la péricardite.

Ils sont infiniment variables sous le rapport de leur nature et de leur intensité ; ils présentent autant de différences qu'il en existe dans la sensibilité dévolue à chaque individu, dans le nombre des sympathies de ses organes et dans leur activité. Sous ce rapport l'inflammation de la membrane séreuse du cœur ressemble parfaitement à celle de la séreuse de l'encéphale.

Voici ceux qu'on observe lorsque la phlegmasie est légère, autrement dit *sub-aiguë :* frisson plus ou moins intense dans la plupart des cas, suivi d'une chaleur et d'une dyspnée plus ou moins considérables ; rarement une douleur peu vive et passagère, avec sentiment de chaleur dans la région précordiale ; difficulté considérable de respirer, augmentant par le moindre mouvement, forçant le malade à

élever fortement les côtes dans l'inspiration, quelquefois à tenir la tête et le tronc élevés ; toux sans expectoration dans quelques circonstances ; pouls plus ou moins fréquent, petit, quelquefois irrégulier ; besoin de changer de position d'un moment à l'autre ; anxiété plus ou moins vive, avec tiraillement des traits du visage ; après un temps plus ou moins long, une saillie précordiale, le son mat de cette région ; enfin l'œdème des pieds. Les palpitations, les lipothymies et les syncopes, dont les auteurs ont tant parlé, sont extrêmement rares.

Voici un fait de péricardite sub-aiguë que j'ai observé dans une salle de M. *Louis*, à l'hôpital de la Pitié.

Le nommé Delmas, menuisier de son métier, de l'âge de vingt-cinq ans, d'une constitution forte et sanguine, et habituellement bien portant, a été couché, le 20 avril 1830, à la salle Saint-Raphaël, n°. 7. Quinze jours avant son entrée, le côté gauche de sa poitrine a été frappé par le timon d'une voiture. La douleur a été très-vive et la respiration difficile dans le moment ; il n'a pu travailler le reste de la journée. Les jours suivans, il a été toujours obligé de suspendre ses occupations, au bout d'un temps plus ou moins long, sans avoir jamais pu faire plus d'une demi-journée, à cause de la gêne de la respiration et de la douleur qui s'aggravait. L'appétit diminua. Quatre à cinq jours après l'accident, le malade a eu des réveils en sursauts et des rêves effrayans. Vers le dixième jour, il est survenu un peu de diarrhée. Il s'est aperçu alors qu'il avait de l'enflure aux pieds et aux jambes. La dyspnée a fait des progrès. Le malade ne pouvait monter un escalier ni accélérer sa marche sans éprouver de la suffocation et des battemens de cœur. Dans l'état de repos, il n'avait ni étouffement ni palpitations. Il n'a pas eu de lipothymies ; enfin, il s'est décidé à venir à l'hôpital sans avoir fait de traitement.

Son état, à la visite du 21, était le suivant : décubitus à peu de chose près naturel ; cependant la tête et le tronc sont plus élevés que dans le coucher ordinaire ; la physionomie n'indique rien ; la peau a sa température normale ; l'artère radiale présente cent vingt pulsations

par minute ; elles sont régulières. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, d'aucun malaise, si ce n'est d'une difficulté considérable de respirer, ce qui contraste avec la tranquille expression de son visage. Sa poitrine, examinée, présente dans la région précordiale une saillie très-prononcée, qui s'étend de bas en haut de la base de la poitrine à un pouce environ de la clavicule, et transversalement du sternum à une ligne qui descendrait verticalement du mamelon à cette même base. La percussion rend dans cet espace un son complètement mat. Le reste de la poitrine, tant à droite qu'à gauche, est évidemment sonore. Il n'y a pas de palpitations, et il n'en a jamais existé ; il en est de même de la syncope et des lipothymies. Les malléoles sont œdématiées.

M. *Louis* nous fit remarquer l'ensemble de ces symptômes, insista spécialement sur l'état du pouls, et surtout sur la saillie et la matité de la région précordiale. Il prescrivit une saignée de ℥ vj, la tisane de chiendent nitrée, une potion avec teinture de digitale, dix gr. ; un lavement de lin, le repos et la diète.

Le 22, le pouls est descendu à soixante pulsations ; la saillie thoracique est notablement affaissée, et la respiration plus facile. L'œdème des pieds a en grande partie disparu, mais la région précordiale conserve encore sa matité ; les battemens du cœur s'entendent comme dans le lointain (*ut suprà*).

Le 23, il y a un amendement plus prononcé dans les symptômes ; on aperçoit à peine la saillie précordiale ; le pouls bat toujours soixante fois par minute ; les battemens du cœur ne sont pas aussi profonds ; la percussion produit un son clair. (Chiend. nitré, potion avec quinze gouttes de teint. de digitale, diète et repos absolu).

Le 26, le malade est considéré comme guéri : on lui prescrit quelques alimens légers. On continue le chiendent nitré.

Ce cas ne présenta aucune difficulté à M. *Louis :* les symptômes furent rapportés le premier jour à une inflammation du péricarde.

Quand la péricardite est très-intense, ou, en d'autres termes, suraiguë, voici les symptômes auxquels elle donne naissance : douleur

subite plus ou moins vive, aiguë, déchirante à la région péricordiale; comparée par quelques malades à la constriction qu'on éprouve lorsqu'on est pressé dans une foule, à celle que produirait soit une griffe de fer qui comprimerait le cœur, soit un clou qui rapprocherait le sternum du rachis (M. *Chomel*); augmentant rarement par la pression, par la toux, par les mouvemens inspiratoires et par le changement de position; n'ayant par conséquent ni le caractère d'une douleur pleurétique, ni celui d'une douleur musculaire; s'exaspérant par intervalles au point de devenir insupportable, et se propageant par une sorte d'irradiation dans tout le côté gauche du thorax et même dans le bras correspondant, ainsi que le rapporte M. *Andral;* un sentiment de chaleur brûlante à la région du cœur; l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche de la poitrine; des palpitations plus ou moins fortes; la fréquence, la concentration, l'inégalité, l'irrégularité et l'intermittence du pouls; une tendance aux lipothymies; la gêne de la respiration, qui devient excessive et oblige le malade à se tenir assis et penché en avant; la chaleur et la sécheresse de la peau; une agitation continuelle, l'anxiété, la crainte de la mort portée jusqu'au désespoir; l'altération des traits, la lividité et l'injection de la face; une soif extraordinaire; puis, et plus ou moins promptement, un son obscur ou entièrement mat à la région du cœur; une légère élévation dans cette partie, et une infiltration malléolaire.

Les symptômes de la péricardite chronique sont les mêmes que ceux de la péricardite sub-aiguë, mais à un degré moins prononcé.. Lorsqu'elle est accompagnée d'un épanchement considérable de liquide dans la cavité de la membrane, il faut joindre à ces symptômes la sensation d'une fluctuation dans la région du cœur (*Sénac, Corvisart*, etc., disent l'avoir observée); le sentiment d'un poids placé sur cet organe, d'une oppression causée par le plus petit mouvement, et d'une espèce de constriction du cœur lui-même (*Albertini, Grœtz, Lancisi, Hoffmann, Morgagni*, etc.); des battemens tumultueux et obscurs, qui semblent arriver à la main à travers un corps mou : ces battemens du cœur se font entendre comme dans le lointain dans un

cercle très-étendu. La percussion rend un son mat dans une étendue plus ou moins considérable ; le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; les extrémités, le tronc même et les tégumens de la région précordiale sont œdématiés. Le malade ne peut se tenir un instant dans une position horizontale sans se sentir menacé de suffocation ; il éprouve rarement des palpitations, des lipothymies et des syncopes.

Complications.

La péricardite aiguë est ordinairement associée à l'inflammation des plèvres, des poumons, etc. Une de ses complications les plus fréquentes, suivant quelques auteurs, est la phlegmasie du cœur ; mais les observations faites par *Laennec*, et plusieurs praticiens recommandables de nos jours, prouvent que ce n'est là qu'une fausse imagination. La différence de texture, comme l'a fait observer l'illustre *Bichat*, suffit pour limiter la phlegmasie : toutefois le tissu cellulaire sous-séreux peut être affecté.

La péricardite chronique s'ajoute à la plupart des affections organiques du cœur ; elle marche quelquefois avec d'autres altérations de la plèvre, des poumons, etc. ; le plus souvent elle prélude à l'invasion de ces affections, d'autres fois elle en est la suite.

Marche, durée, terminaisons.

La péricardite aiguë a quelquefois une marche extrêmement rapide ; elle peut se terminer en deux ou trois jours, et même dans un espace de temps plus court, comme on le voit dans la première observation de M. *Andral*. Une gêne croissante de la respiration, un désordre de plus en plus considérable dans les battemens du cœur et des artères, des défaillances de plus en plus rapprochées, une suffocation imminente, une altération profonde de la physionomie font présager cette terminaison funeste.

La péricardite, dans un degré moins aigu, peut se prolonger jusqu'au quatrième, cinquième septénaire et au-delà.

Elle se termine fréquemment par la guérison, ainsi que l'attestent les nombreuses observations de M. *Louis*, entre autres celles de quatre individus qu'il a traités avec succès à l'hôpital de la Pitié; témoin encore les observations sans nombre d'adhérences anciennes du péricarde au cœur consignées dans les ouvrages de *Vieussens*, de *Valsalva*, de *Morgagni*, d'*Hoffmann*, de *Laennec* et de M. *Andral*. *Corvisart* a donc avancé à tort que la péricardite est toujours mortelle. La péricardite présente, en général, des alternatives de rémission et d'exacerbation; ce qui fait croire plusieurs fois que le malade va entrer en convalescence ou qu'il va succomber. Sa durée peut varier depuis six semaines jusqu'à deux et même trois mois; sa terminaison est souvent fâcheuse : la mort a quelquefois lieu d'une manière inopinée. On peut croire qu'elle n'est pas toujours mortelle, qu'elle se termine aussi souvent par la guérison que par la mort.

Diagnostic.

La péricardite a été considérée jusqu'à ces derniers temps comme une des affections les plus difficiles à reconnaître, et au diagnostic de laquelle on n'arrivait jamais d'une manière positive. On connaît ce mot de *Bayle*, lorsqu'il rencontrait les signes rationnels d'une péricardite, qu'il pourrait bien y avoir là cette maladie, s'il n'en avait le soupçon. *Laennec* regarde aussi ce diagnostic comme très-obscur. *Corvisart* attribue la difficulté de la reconnaître à ce qu'elle est presque toujours jointe à la pleurésie, à la pneumonie et à d'autres maladies de poitrine qui masquent ses symptômes. On peut donc douter que la péricardite ait été rigoureusement constatée chez des individus qui ont survécu; mais l'obscurité qui a régné si longtemps sur son diagnostic s'est presque entièrement dissipée, grâces aux travaux de MM. *Andral*, *Louis* et *Bouillaud*. Cette maladie est, en effet, aussi facile à reconnaître aujourd'hui que les autres maladies, lorsqu'elle se présente avec tous les signes qui la caractérisent, qu'elle est simple et à l'état aigu. Ainsi, lorsqu'il survient tout à coup, à la

suite d'un frisson, d'une délitescence rhumatismale ou goutteuse, etc., une douleur plus ou moins intense à la région du cœur, de l'oppression et des palpitations plus ou moins fortes, des inégalités ou de l'intermittence dans le pouls ; puis, et plus ou moins promptement, un son obscur ou tout à fait mat à la région précordiale, le reste de la poitrine rendant un son clair, je n'hésiterai pas à croire qu'il y a péricardite.

Mais dans toutes les péricardites on n'observe pas l'ensemble constant des symptômes que je viens d'énumérer; il y a des cas où il n'existe d'autre symptôme local qu'une dyspnée plus ou moins forte ; dans d'autres circonstances on n'observe ni douleur précordiale, ni difficulté extrême dans la respiration ; l'inflammation du péricarde ne produit d'autre symptôme qu'une grande accélération du pouls, des phénomènes nerveux très-graves, une subite prostration des forces : dans le premier cas, on arrivera très-souvent au diagnostic en interrogeant les différentes fonctions et par la percussion ; dans le second, ces moyens ne paraissent pas devoir réussir. (MM. *Andral* et *Rostan* en rapportent deux exemples.)

En lisant les observations de péricardite dans les ouvrages de *Morgagni*, *Corvisart*, *Laennec*, dans ceux de MM. *Andral*, *Louis*, *Bouillaud* et *Tascheron*, on voit que les troubles occasionés par la phlegmasie du péricarde se rapportent, 1°. à la douleur dans la région précordiale; 2°. à l'altération des contractions du cœur ; 3°. à celle des fonctions respiratoires.

Mais, dans beaucoup de cas, l'invasion de la maladie n'est pas subite; elle peut survenir chez un sujet déjà malade. La douleur est souvent nulle. Les lipothymies sont un des phénomènes les plus rares dans la péricardite. Les palpitations ne sont point un symptôme particulier à cette affection; la dyspnée est constante, mais elle ne peut être d'une grande valeur pour le diagnostic, étant commune à toutes les maladies, soit du cœur, soit des poumons; l'irrégularité du pouls s'observe à peine chez la moitié des individus; la dilatation de la région précordiale et l'engorgement autour des malléoles se-

raient, à la vérité, des symptômes précieux, mais ils ne se rencontrent pas non plus toujours.

L'absence de son dans la région précordiale est un phénomène constant. On a objecté, contre les conséquences que M. *Louis* en a tirées, que la péricardite étant presque constamment une complication de la pneumonie ou de la pleurésie, la percussion aura rarement quelque avantage. M. *Louis* réplique que le fait de la péricardite le plus souvent compliquée restant vrai, la percussion n'en aura pas moins, dans la pluralité des cas, des résultats décisifs ; et en effet, pour qu'elle fût complètement inutile, il faudrait que la pneumonie ou la pleurésie fussent toujours à gauche ou bien doubles. Toutes les fois que la pneumonie ou la pleurésie seront à droite, la valeur de la percussion restera dans toute sa force.

On a ensuite objecté qu'une quantité assez grande de sérosité est nécessaire pour que le son devienne mat dans la région précordiale. Supposant cette condition indispensable, l'examen des observations publiées par les auteurs prouve que le plus souvent la quantité de l'épanchement est, en effet, considérable.

D'où il résulte que la percussion est véritablement un moyen sûr de diagnostic. M. *Louis* va plus loin, il la regarde comme indispensable pour se prononcer.

Prognostic.

La péricardite est une affection en général grave; ce n'est que dans le cas où elle jette un trouble considérable dans l'économie qu'elle compromet directement la vie des individus. *Corvisart* avait sans doute en vue cette dernière forme, qui est la plus rare, lorsqu'il disait que la péricardite était nécessairement mortelle. M. *Louis*, qui en rencontre de plus légères, grâce à son excellente méthode d'explorer les malades, les voit guérir avec la même facilité que la pleurésie. Les quatre sujets atteints de cette maladie qu'il a eus à traiter à la Pitié dans un court espace de temps sont sortis guéris radicalement. La

maladie céda, au bout de très-peu de jours, à la saignée, aux boissons fraîches, nitrées et chargées de quelques gouttes de teinture de digitale.

La péricardite chronique est moins immédiatement fâcheuse; toutefois elle pourrait entraîner les suites les plus funestes si son traitement était négligé ou mal conduit.

Caractères anatomiques.

Péricardite aiguë. Lorsque la guérison de la péricardite n'a pas lieu, l'inflammation amène dans le péricarde des désordres de diverse nature. Dans le début, on observe une rougeur peu prononcée, affectant la forme de plaques ponctuées. Si l'inflammation devient intense, toute la séreuse devient uniformément rouge. Cette teinte est plus prononcée sur le cœur que sur le reste de la membrane.

Dès le commencement de la phlegmasie, on trouve épanchée dans la cavité du péricarde une sérosité qui, d'abord peu abondante et de couleur citrine, devient légèrement trouble et fauve; on y voit cependant des molécules blanchâtres albumineuses, mais très-petites; on y trouve rarement des flocons.

La sérosité ne tarde pas à devenir plus abondante; et les pseudo-membranes, plus épaisses, sont infiltrées de pus. La quantité de sérosité épanchée varie depuis un jusqu'à plusieurs verres : *Corvisart* même en a vu plus de deux pintes. Le liquide est alors jaune verdâtre, fauve, quelquefois d'un blanc jaunâtre.

Si la phlegmasie a été suraiguë, la sérosité épanchée peut être sanguinolente, et quelquefois même on trouve du sang pur pris en caillots.

Dans cette affection, la formation des pseudo-membranes est très-active et très-prompte; une exsudation albumineuse revêt toute la surface séreuse; elle offre un aspect rugueux, mamelonné, granuleux qui est très-remarquable, de couleur jaune pâle, analogue au pus et d'une consistance plus grande que les fausses membranes pleuré-

tiques. Au-dessous d'elle la séreuse peut être pointillée, si l'inflammation persiste, mais le plus ordinairement la rougeur a disparu.

Péricardite chronique. Le plus souvent elle succède à l'état aigu. Alors l'épanchement de sérosité augmente ; elle devient puriforme, et contient des flocons albumineux. Son odeur est très-fétide ; et les bulles d'air qui s'élèvent à la surface du liquide prouvent qu'il s'opère une décomposition, ou bien que la séreuse, enflammée, sécrète des gaz. Au-dessous, on trouve une couche mucoso-purulente sans forme et sans consistance, qui adhère faiblement à une surface grisâtre, rugueuse et parsemée de plaques rouges, brunâtres. Cette surface appartient à une fausse membrane qui adhère à toute la surface de la séreuse, dont elle peut être facilement détachée. Cette production est d'une épaisseur notable, plus considérable encore sur la surface du cœur que partout ailleurs.

On trouve enfin, plus profondément, la séreuse parsemée de stries rouges très-rapprochées, fort épaissies et se détachant facilement du feuillet fibreux.

Le cœur a perdu toute la graisse qu'il contient, et cela le fait paraître petit, ridé et comme atrophié. Le tissu sous-séreux de l'organe circulatoire, injecté, peut même présenter des ecchymoses, et a porté des auteurs très-recommandables à voir dans ce cas une inflammation de la substance du cœur.

L'adhérences des deux surfaces du péricarde se fait progressivement à mesure que l'inflammation disparaît et que l'épanchement est résorbé; elle finit par être complète. Mais si la phlegmasie n'est pas entièrement éteinte, il n'est pas rare de voir des abcès se former dans l'épaisseur des pseudo-membranes interposées. La solidité de l'adhérence est parfois portée au point qu'en voulant opérer la séparation on déchire plutôt le tissu propre du cœur. Le tissu intermédiaire peut devenir fibro-cartilagineux, même osseux, si la phlegmasie a été en-

tièrement locale, et bornée à quelques points de la séreuse; on peut enfin observer l'état gangréneux.

Traitement.

Le traitement de la péricardite consiste dans l'emploi des antiphlogistiques, au premier rang desquels il faut placer la saignée. On doit y insister d'autant plus que la maladie est plus récente, dans l'espoir de la faire avorter dès l'origine. La saignée générale seconde efficacement l'action des saignées locales par des sangsues ou des ventouses scarifiées, qu'elle doit précéder. La quantité de sang à retirer est relative au degré d'acuité de la maladie, à l'âge, au sexe, au tempérament et à la force des sujets.

Les boissons doivent être délayantes, fraîches et nitrées, afin de tempérer le mouvement rapide du système circulatoire; la diète la plus rigoureuse, le repos le plus absolu, le calme parfait de l'âme sont des moyens rigoureusement nécessaires dans une affection que la précipitation des mouvemens du cœur ne manquerait pas d'exaspérer.

Des sinapismes et des vésicatoires seront promenés sur les membres, ou appliqués sur les articulations, dans le but d'y rappeler l'affection rhumatismale, qui, par une sorte de métastase, semblerait s'être portée sur les enveloppes du cœur. Si quelque point du thorax est en même temps le siége d'une douleur pleurétique, on doit le couvrir de sangsues; il faut, en un mot, satisfaire aux indications fournies par les causes déterminantes de la maladie, par les complications, etc.

Si la maladie passe à l'état chronique, il convient d'appliquer un large vésicatoire sur la région précordiale, sans abandonner l'usage des boissons tempérantes, rendues diurétiques par le nitrate de potasse et la digitale pourprée. Cependant on pourra se relâcher sur la sévérité de la diète, et, dans ce cas, permettre au malade quelques bouillons.

La digitale pourprée a été conseillée comme moyen propre à ralentir le mouvement trop rapide du cœur; mais l'expérience a fait voir qu'elle n'a point cette influence bienfaisante dans les inflammations.

L'usage des révulsifs et des exutoires est indiqué lorsque la phlegmasie se continue à l'état chronique, ou bien quand elle offre dès son début une forme lente, sourde, chronique.

On pourrait employer concurremment les frictions mercurielles, qui plusieurs fois, dit M. *Chomel*, ont paru produire des effets avantageux dans les inflammations chroniques du péritoine et des plèvres.

On doit enfin, comme dans toutes les hydropisies, chercher à augmenter la sécrétion des organes urinaires, l'exhalation intestinale et cutanée. Dans le premier cas on donnera des boissons abondantes, fraîches et nitrées, et la teinture de digitale; dans le second, on administrera de légers cathartiques, à des intervalles peu éloignés les uns des autres; dans le troisième, enfin, on pratiquera des frictions sur la surface tégumentaire,

On mettra le malade à l'abri des émotions morales, qui auraient nécessairement une fâcheuse influence sur l'organe malade. Il convient de soutenir ses forces par des alimens doux et de facile digestion.

Plusieurs praticiens célèbres ont avancé qu'il ne serait pas absolument impossible de remédier efficacement à l'épanchement du péricarde par un moyen chirurgical. L'opération la plus utile et la moins dangereuse serait, selon *Laennec*, la trépanation du sternum au-dessus de l'appendice xiphoïde; mais cette opération est extrêmement dangereuse, très-rarement suivie de succès : je pense donc qu'il est prudent de s'en abstenir.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione, eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Æstate et autumno cibos difficillimè ferunt; hyeme facillimè, deindè vere. *Sect.* 1, *aph.* 38.

VI.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.